

LIBERTY Dental Plan of Florida Programa Dental de Medicaid

Manual para Miembros

¿Tiene preguntas?

Visítenos en: www.libertydentalplan.com/FLMedicaid

Llámenos al: 1-833-276-0850

1-877-855-8039



Making members shine, one smile at a time™

¿Preguntas? Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-0850 o TTY al 1-877-855-8039

Ayudas auxiliares

This information is available for free in other languages. Please contact our customer service number at 1-833-276-0850 and TTY/TTD 1-877-855-8039, Monday through Friday from 8:00 a.m. to 8:00 p.m. (ET).

This information is available for free in other formats. Please contact our customer service number at 1-833-276-0850 and TTY/TTD 1-877-855-8039, Monday through Friday from 8:00 a.m. to 8:00 p.m. (ET).

Spanish: Esta información se encuentra disponible de forma gratuita en otros idiomas. Si usted no habla inglés, llámenos al 1-833-276-0850; TTY: 1-877-855-8039. Ofrecemos servicios de interpretación y podemos ayudarle a responder preguntas en su idioma. También podemos ayudarle a encontrar un proveedor de salud que pueda comunicarse con usted en su idioma.

Spanish: Esta información está disponible de forma gratuita en otros formatos. Si usted no habla inglés, llámenos al 1-833-276-0850; TTY: 1-877-855-8039. Ofrecemos servicios de interpretación y podemos ayudarle a responder preguntas en su idioma. También podemos ayudarle a encontrar un proveedor de salud que pueda comunicarse con usted en su idioma.

Haitian Creole: Enfòmasyon sa a disponib gratis nan lòt lang. Si ou pa pale lang Anglè, rele nou nan 1-833-276-0850; TTY: 1-877-855-8039. Nou ka jwenn sèvis entèprèt pou ou, epitou nou kapab ede reponn kesyon ou yo nan lang ou pale a. Nou kapab ede ou jwenn yon pwofesyonèl swen sante ki kapab kominike avèk ou nan lang ou pale a."

Haitian Creole: Enfòmasyon sa yo disponib gratis sou lòt fòm. Si ou pa pale lang Anglè, rele nou nan 1-833-276-0850; TTY: 1-877-855-8039. Nou ka jwenn sèvis entèprèt pou ou, epitou nou kapab ede reponn kesyon ou yo nan lang ou pale a. Nou kapab ede ou jwenn yon pwofesyonèl swen sante ki kapab kominike avèk ou nan lang ou pale a."

Vietnamese: Thông tin này được cung cấp miễn phí bằng các ngôn ngữ khác. "Nếu bạn không nói được tiếng Anh, hãy gọi cho chúng tôi theo số 1-833-276-0850; TTY: 1-877-855-8039. Chúng tôi có quyền truy cập vào các dịch vụ thông dịch viên và có thể giúp trả lời các câu hỏi của bạn bằng ngôn ngữ của bạn. Chúng tôi cũng có thể giúp bạn tìm một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể nói chuyện với bạn bằng ngôn ngữ của bạn."

Vietnamese: “Thông tin này được cung cấp miễn phí bằng các định dạng khác. Nếu bạn không nói được tiếng Anh, hãy gọi cho chúng tôi theo số 1-833-276-0850; TTY: 1-877-855-8039. Chúng tôi có quyền truy cập vào các dịch vụ thông dịch viên và có thể giúp trả lời các câu hỏi của bạn bằng ngôn ngữ của bạn. Chúng tôi cũng có thể giúp bạn tìm một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể nói chuyện với bạn bằng ngôn ngữ của bạn.”

Aviso de no discriminación

La discriminación es ilegal. LIBERTY Dental Plan (“LIBERTY”) cumple con todas las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

LIBERTY brinda ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades, así como servicios de idioma sin costo alguno a personas cuya lengua materna no sea el inglés, como por ejemplo:

- Intérpretes calificados, incluido intérpretes de lenguaje de señas
- Información escrita en otros idiomas y formatos, incluido en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.

LIBERTY brinda servicios gratuitos de asistencia de idiomas a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, que pueden incluir:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares apropiados o servicios de asistencia de idiomas, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de LIBERTY, Sydney Lee.

Si usted considera que LIBERTY no ha brindado estos servicios o ha discriminado por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal con el Coordinador de Derechos Civiles de LIBERTY, Sydney Lee:

Teléfono: 1-888-704-9833

TTY: 1-877-855-8039

Por fax: 1-833-250-1814

Correo electrónico: compliance@Libertydentalplan.com

En línea: <https://www.Libertydentalplan.com/About-LIBERTY-Dental/Compliance/Contact-Compliance.aspx>

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Coordinador de Derechos Civiles de LIBERTY, Sydney Lee, está a su disposición para ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles al:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

En línea en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Puede obtener formularios de quejas en:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

El Aviso de privacidad de HIPAA de LIBERTY le brinda información sobre sus derechos, así como de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida (PHI), incluyendo la forma en que usamos y divulgamos su PHI. Siempre puede solicitar una copia escrita de nuestro aviso de privacidad más actual al Oficial de Privacidad de LIBERTY llamando al 888.704.9833 o en línea en: www.libertydentalplan.com/HIPAA-Privacy-Notice

Información de contacto importante

Usted puede contactar	Dónde	Horario
Línea de ayuda de Servicios para Miembros	1-833-276-0850	Disponible las 24 horas
Línea de ayuda de Servicios para Miembros para usuarios TTY	1-877-855-8039	Disponible las 24 horas
Sitio web	www.libertydentalplan.com/FLMedicaid	Disponible las 24 horas
Dirección de la oficina	P.O Box 15149 Tampa, FL 33684-5149	Lunes a viernes 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
Número de teléfono de la oficina	1-833-276-0850	Lunes a viernes 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
Evaluación de riesgos para la salud bucal (OHRA)	<p>Para atender mejor sus necesidades dentales y de atención médica, complete la OHRA. Los miembros adultos deben completar una OHRA dentro de los 90 días posteriores a unirse al Plan. Para los miembros menores de 21 años, todas las afiliadas embarazadas y las afiliadas con discapacidades de desarrollo diagnosticadas deben completar la OHRA dentro de los 60 días posteriores a la inscripción para garantizar que LIBERTY pueda satisfacer sus necesidades de la mejor manera.</p>	
Código QR de OHRA para adultos 	<p>Al completar esta breve encuesta, LIBERTY puede ayudarlo a coordinar su atención al informarnos sobre sus necesidades de atención de salud bucal. Existen muchas maneras de completar una OHRA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilice su Smartphone para escanear el código QR. • Una copia impresa de la OHRA se encuentra en su paquete de bienvenida para completar y enviar a LIBERTY. 	
Código QR de OHRA para niños 		

	<ul style="list-style-type: none"> • Recibirá una llamada de bienvenida donde podrá completar la OHRA por teléfono con un agente en vivo en su idioma preferido. • O visítenos en nuestro sitio web en: www.Libertydentalplan.com/FLMedicaid <p>También pueden comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para completar la OHRA: 1-833-276-0850 o TTY 1-877-855-8039</p>
Programa de Recompensas Comportamientos Saludables	<p>Únase a nuestro Programa de Recompensas Comportamientos Saludables visitando: www.Libertydentalplan.com/FLMedicaid o comunicándose con Servicios para Miembros: 1-833-276-0850 o TTY 1-877-855-8039.</p> <p>Para más información sobre el Programa de Recompensas Comportamientos Saludables, consulte la página 20.</p>
Para denunciar casos sospechosos de abuso, negligencia, abandono o explotación de niños o adultos vulnerables	<p>1-800-96-ABUSE (1-800-962-2873)</p> <p>TTY: 711 o 1-800-955-8771</p> <p>www.myflfamilies.com/services/abuse/abuse-hotline/how-report-abuse</p>
Para elegibilidad de Medicaid	<p>1-866-762-2237</p> <p>TTY: 711 o 1-800-955-8771</p> <p>www.myflfamilies.com/medicaid#ME</p>
Para denunciar fraude y/o abuso de Medicaid	<p>1-888-419-3456</p> <p>www.apps.ahca.myflorida.com/mpi-complaintform/</p>
Para presentar una queja sobre un centro de atención médica	<p>1-888-419-3456</p> <p>www.ahca.myflorida.com/MCHQ/Field_Ops/CAU.shtml</p>
Para solicitar una audiencia imparcial de Medicaid	<p>1-877-254-1055</p> <p>1-239-338-2642 (fax)</p> <p>www.MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com</p>

Para presentar una queja sobre los servicios de Medicaid	1-877-254-1055 TDD: 1-866-467-4970 www.ahca.myflorida.com/Medicaid/complaints/
Para encontrar información sobre atención de urgencias (después del horario de oficina)	1-833-276-0850 (TTY 1-877-855-8039)
Para una emergencia	911 o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

Table of Contents

Ayudas auxiliares.....	1
Aviso de no discriminación.....	3
Información de contacto importante	5
Bienvenido a LIBERTY Dental Plan	9
Sección 1: Su tarjeta de identificación del plan dental (tarjeta de identificación) ..	9
Sección 2: Su privacidad.....	10
Sección 3: Cómo obtener ayuda de Servicios para Miembros	10
Sección 4: ¿Necesita ayuda para comunicarse?	11
Sección 5: Cuando cambia su información	11
Sección 6: Cambios en su plan dental	12
Sección 7: Su elegibilidad para Medicaid	12
Sección 8: Inscripción en nuestro Plan	12
Sección 9: Retirarse de nuestro plan (desafiliación)	13
Sección 10: Cómo administrar su atención.....	14
Sección 11: Cómo acceder a los servicios	15
Sección 12: Información importante sobre sus beneficios.....	16
Sección 13: Los beneficios de su Plan: Servicios dentales	20
Sección 14: Costos compartidos de los servicios	26
Sección 15: Satisfacción del miembro	28
Sección 16: Derechos de los Miembros.....	33
Sección 17: Responsabilidades de los Miembros	34
Sección 18: Otra información importante	35
Sección 19: Recursos adicionales	37
Sección 20: Formularios.....	37

Bienvenido a LIBERTY Dental Plan

LIBERTY Dental Plan tiene un contrato con la Agencia de Florida para la Administración de Atención Médica para proporcionar servicios dentales a personas que cuentan con Medicaid. Este se llama **Florida Dental Program**. Usted está inscrito en nuestro plan dental. Lo que significa que le ofreceremos servicios dentales de Medicaid. Trabajamos con un grupo de proveedores dentales para ayudarlo a satisfacer sus necesidades dentales.

Este manual es una guía para todos los servicios dentales disponibles para usted. Puede hacernos cualquier pregunta o recibir ayuda para programar una cita. Si necesita hablar con nosotros, solo llámenos al **1-833-276-0850** o **TTY: 1-877-855-8039**.

Sección 1: Su tarjeta de identificación del plan dental (tarjeta de identificación)

Debería haber recibido su tarjeta de identificación dental por correo. Llámenos si no ha recibido su tarjeta o si la información en su tarjeta es incorrecta. Cada miembro de su familia en nuestro plan debe tener su propia tarjeta de identificación dental.

Siempre lleve consigo su tarjeta de identificación dental y muéstrela cada vez que vaya a una cita con el dentista o al hospital. Nunca entregue su tarjeta de identificación dental a nadie más para que la use. Si pierde o le roban su tarjeta de identificación dental, llámenos para que podamos darle una nueva.

Su tarjeta de identificación dental se verá así:

 <p>LIBERTY Dental Plan of Florida, Inc. (833) 276-0850</p> <p>www.libertydentalplan.com/FLMedicaid</p> <p>Member ID: Medicaid ID# Effective Date: 01/01/2025 Dental Plan: Florida Medicaid Dental Member Name: First Middle Last Name Primary Dental Provider: Dental Home Name Phone: (xxx) xxx-xxxx Group Number: Group Number</p> 	<p>For dental emergencies, call your primary care dentist. If you can't reach your dentist, call LIBERTY for help. Following an emergency department (ER) visit, you or ER staff may contact LIBERTY at the toll-free number below to request prior-authorization of post-emergency dental treatment to stabilize your condition. Authorization decisions will be provided within 1-hour of the request. Please refer to your Member Handbook for your covered dental services.</p> <p>LIBERTY Dental Plan Member Services:.....1-833-276-0850 TTY:.....1-877-855-8039 Provider Toll-Free Line:.....1-833-276-0851 Monday - Friday, 8 a.m. to 8 p.m. (ET)</p> <p>LIBERTY Dental Plan of Florida PO Box 15149, Tampa, FL 33684-5149</p>
--	--

Sección 2: Su privacidad

Su privacidad es importante para nosotros. Usted tiene derechos cuando se trata de proteger su información médica, como su nombre, número de identificación del Plan, raza, origen étnico y otros detalles que lo identifiquen. No compartiremos ninguna información médica sobre usted que no esté permitida por ley.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros. Nuestras políticas de protección de privacidad son:

Una declaración que describe las políticas y procedimientos de LIBERTY para mantener la confidencialidad de los registros dentales está disponible y se le proporcionará cuando la solicite. De acuerdo con la ley, este aviso describe sus derechos, nuestros deberes legales y las prácticas de privacidad con respecto a la privacidad de la Información Médica Personal (PHI).

Este aviso también describe la forma en que podemos recolectar, usar y divulgar su PHI. Debemos cumplir con las disposiciones del aviso que se encuentra actualmente en vigencia. Nos reservamos el derecho de hacer modificaciones a este aviso periódicamente y hacerlo efectivo para toda la PHI que mantenemos. Puede encontrar nuestro aviso de privacidad más actual en nuestro sitio web

<https://www.Libertydentalplan.com/About-LIBERTY/Compliance/Website-Privacy-Policy.aspx>LibertyLIBERTY.

Llame a nuestros Servicios para Miembros al **1-833-276-0850** o **TTY 1-877-855-8039** para solicitar una copia escrita de este aviso.

Sección 3: Cómo obtener ayuda de Servicios para Miembros

Nuestro Departamento de Servicios para Miembros puede responder todas sus preguntas. Podemos ayudarlo a elegir o cambiar su Proveedor Dental Primario (PDP), averiguar si un servicio está cubierto, obtener derivaciones, encontrar un proveedor, reemplazar una tarjeta de identificación perdida y explicar cualquier cambio que pueda afectar los beneficios de usted o de su familia.

Cómo ponerse en contacto con Servicios para Miembros

Puede llamarnos al **1-833-276-0850** o **TTY 1-877-855-8039**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., con excepción de los feriados aprobados por el Estado (como Navidad y el Día de Acción de Gracias). Cuando llame, asegúrese de llevar consigo su tarjeta de identificación para que podamos ayudarlo. (Si pierde su tarjeta de identificación o si se la roban, llame a Servicios para Miembros).

Cómo ponerse en contacto con Servicios para Miembros luego del horario de oficina

Si llama fuera del horario de atención, deje un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. Si tiene una pregunta urgente, puede llamar a nuestro Servicio para Miembros fuera del horario de atención al **1-833-276-0850** o **TTY 1-877-855-8039**. Nuestras enfermeras están disponibles para ayudarlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 4: ¿Necesita ayuda para comunicarse?

Si no habla inglés, podemos ayudarlo. Contamos con personas que nos ayudan a hablar con usted en su idioma. Proporcionamos esta ayuda de manera gratuita.

Para personas con discapacidad: Si usa una silla de ruedas, es invidente o tiene problemas para escuchar o entender, llámenos si necesita ayuda adicional. Podemos informarle si el consultorio de un proveedor cuenta con acceso para sillas de ruedas o tiene dispositivos para comunicarse. Asimismo, tenemos servicios como:

- Servicio de retransmisión de telecomunicaciones. Esto ayuda a las personas que tienen problemas para escuchar o hablar o para hacer llamadas telefónicas. Llame al 711 y bríndeles nuestro número de teléfono de Servicios para Miembros. Es el **1-833-276-0850**. Ellos lo pondrán en contacto con nosotros.
- Información y materiales en letra grande, audio (sonido); y braille
- Ayuda para programar o acudir a las citas.
- Nombres y direcciones de los proveedores que se especializan en su discapacidad

Todos estos servicios son gratuitos.

Sección 5: Cuando cambia su información

Si cambia alguna parte de su información personal, háganoslo saber lo antes posible. Puede hacerlo llamando a Servicios para Miembros. Necesitamos poder comunicarnos con usted sobre sus necesidades dentales.

El Departamento de Niños y Familias del Estado de Florida (DCF) también necesita saber cuándo cambia su nombre, dirección, condado o teléfono. Llame a la línea gratuita del DCF al **1-866-762-2237 (TTY 1-800-955-8771)**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:30 p. m. También puede conectarse en línea y hacer los cambios en su cuenta de Conexión Comunitaria Automatizada para Autosuficiencia Económica (MyACCESS) en <https://myaccess.myflfamilies.com/>. Si recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), también debe comunicarse con la Administración del Seguro Social (SSA) para informar sobre cualquier cambio. Llame a al número gratuito de la SSA al **1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00

p. m. También puede comunicarse con su oficina local del Seguro Social o conectarse en línea y hacer cambios en su cuenta del Seguro Social en <https://secure.ssa.gov/RIL/SiView.do>.

Sección 6: Cambios en su plan dental

Si su plan dental experimenta un cambio significativo que lo afecte como afiliado, es responsabilidad del plan informarle a usted (el afiliado) al menos 30 días antes de la fecha de vigencia prevista del cambio.

Sección 7: Su elegibilidad para Medicaid

Debe estar cubierto por Medicaid e inscrito en nuestro plan para que LIBERTY pague sus servicios dentales y citas de atención dental. A esto se le llama tener **elegibilidad para Medicaid**. Si recibe SSI, califica para Medicaid. Si no recibe SSI, debe solicitar Medicaid con el Departamento de Niños y Familias (DCF).

A veces puede haber cambios en su vida y estos cambios pueden afectar la posibilidad de seguir teniendo Medicaid. Es muy importante asegurarse de que tiene Medicaid antes de acudir a cualquier cita. El hecho de que tenga una tarjeta de identificación del plan no significa que siga teniendo Medicaid. ¡No se preocupe! Si cree que su Medicaid ha cambiado o si tiene alguna pregunta sobre su Medicaid, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros. Podemos ayudarlo a verificar su cobertura.

Si pierde su elegibilidad para Medicaid

Si pierde su Medicaid y lo recupera dentro de los 180 días, usted será reincorporado en nuestro plan.

Sección 8: Inscripción en nuestro Plan

Inscripción inicial

Cuando se une por primera vez a nuestro plan, usted tiene 120 días para probarlo. Si por alguna razón no le gusta, puede inscribirse en otro plan dental. Una vez que hayan pasado esos 120 días, estará inscrito en nuestro plan durante el resto del año. A esto se le llama estar **bloqueado** dentro de un plan. Cada año que tenga Medicaid y esté en el programa dental, tendrá un período de inscripción abierta.

Período de inscripción abierta:

Cada año, tendrá 60 días para cambiar su plan si lo desea. A esto se le llama **período de inscripción abierta**: El agente de inscripciones del estado le enviará una carta para informarle cuándo es su período de inscripción abierta.

No es necesario que cambie de plan durante su período de inscripción abierta. Si decide dejar nuestro plan e inscribirse en uno nuevo, comenzará con su nuevo plan al final de su período de inscripción abierta. Una vez que esté inscrito en el nuevo plan, estará bloqueado hasta el próximo período de inscripción

abierta. Puede llamar al agente de inscripciones al **1-877-711-3662 (TDD 1-866-467-4970)** para cambiar de plan.

Sección 9: Retirarse de nuestro plan (desafiliación)

Retirarse de un plan se llama **desafiliación**. Por ley, las personas no pueden irse ni cambiar de plan mientras están bloqueadas, excepto por razones específicas. Si desea dejar nuestro plan mientras está bloqueado, llame al agente de inscripciones del estado para ver si se le permite cambiar de plan.

Puede retirarse de nuestro plan en cualquier momento por los siguientes motivos (también conocidos como motivos de **causa justificada para la desafiliación**)¹:

- No cubrimos un servicio por razones morales o religiosas.

También puede retirarse de nuestro plan por los siguientes motivos, si ha completado nuestro proceso de apelación²:

- Usted recibe una atención de mala calidad y la Agencia para la Administración de Atención Médica está de acuerdo con usted después de haber revisado sus registros médicos.
- No puede obtener los servicios que necesita a través de nuestro plan, pero puede obtener los servicios que necesita a través de otro plan.
- Sus servicios se retrasaron sin un motivo suficiente.

Si tiene alguna pregunta sobre si puede cambiar de plan, llame a Servicios para Miembros al **1-833-276-0850 o TTY 1-877-855-8039** o al agente de inscripciones del Estado al 1-877-711-3662 (TDD 1-866-467-4970).

Eliminación de nuestro plan (Desafiliación involuntaria)

La Agencia para la Administración de Atención Médica puede retirarlo de nuestro plan (y algunas veces del programa SMMC por completo) por ciertas razones. A esto se le llama **desafiliación involuntaria**. Estas razones incluyen:

- Pierde su elegibilidad para Medicaid.
- Si se muda fuera de nuestra área de funcionamiento o fuera del Estado de Florida.

¹ Para ver la lista completa de motivos de desafiliación por causa, consulte la Norma Administrativa de Florida 59G-8.600, Cancelación de la inscripción en planes de atención administrada, en: <https://ahca.myflorida.com/medicaid/rules/adopted-rules-service-specific-policies>

² Para obtener información sobre cómo solicitar una apelación, consulte la Sección 13, Satisfacción de los miembros, en las páginas 20 a 25.

- Si usa incorrectamente su tarjeta de identificación del plan o deja que otra persona la use.
- Si falsifica prescripciones.
- Si usted o sus cuidadores se comportan de una manera que nos dificulte brindarle atención.

Si la Agencia lo retira de nuestro plan porque violó la ley o por su comportamiento, no puede volver al programa SMMC.

Sección 10: Cómo administrar su atención

Si tiene una afección dental que requiere asistencia y coordinaciones adicionales, puede tener un administrador de casos con nosotros. Si tiene una afección o enfermedad médica que requiere apoyo y coordinaciones adicionales, es posible que tenga un administrador de casos con su plan de salud de Medicaid. Si tiene un administrador de casos dentales o un administrador de casos del plan de salud, su administrador de casos puede ayudarlo a obtener los servicios que necesita. El administrador de casos de su plan de salud puede trabajar con nosotros para coordinar su atención dental con sus otros servicios de atención médica. Si tiene un administrador de casos asignado por su plan de salud de Medicaid, llame a Servicios para Miembros y solicite hablar con el área de Administración de Casos.

El administrador de casos de su plan dental es la persona a la que debe acudir. Ellos le ayudarán a averiguar cómo obtener los servicios dentales que necesita.

Cambio de administradores de casos

Puede cambiar de administrador de casos en cualquier momento. Para cambiar de administrador de casos, llame al 1-866-976-0413. Puede llegar un momento en que necesitemos cambiar su administrador de casos. Si lo hacemos, le enviaremos una carta para informarle y es posible que lo llamemos.

Datos importantes que debe informar a su administrador de casos

Si no le gusta un servicio o proveedor, dígaselo a su administrador de casos. Debe informar a su administrador de casos si:

- No le gusta un servicio.
- Tiene inquietudes sobre un proveedor de servicios.
- Sus servicios no son adecuados.
- Obtiene un nuevo seguro médico.
- Va al hospital o a la sala de emergencias.
- Hay cambios en su nombre, número de teléfono, dirección o condado.

Sección 11: Cómo acceder a los servicios

Antes de que reciba un servicio o acuda a alguna cita dental, debemos asegurarnos de que usted necesite el servicio y que sea médicamente adecuado para usted. A esto se le llama **autorización previa**. Para hacer esto, examinamos su historial médico y la información de su dentista, médico u otros proveedores de atención de la salud. Luego decidiremos si ese servicio puede ayudarle. Puede encontrar más información sobre los servicios que requieren autorización previa en la Sección 13. Usamos las reglas de la Agencia para la Administración de la Atención Médica para tomar estas decisiones.

Cómo continuar con su atención

Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, es posible que ya esté recibiendo servicios de uno o más proveedores. Nos aseguraremos de que siga recibiendo la atención que le brindan sus proveedores. Puede seguir recibiendo su atención de ese proveedor hasta por 90 días.

Antes de los 90 días, su proveedor debe consultarnos para seguir brindándole sus servicios. Si su proveedor no está en nuestro plan, le ayudaremos a encontrar un nuevo proveedor que esté en nuestro plan, programar una cita y transferir sus registros médicos al nuevo proveedor. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros.

Proveedores en nuestro plan

Por lo general, debe utilizar dentistas y otros proveedores dentales que se encuentran en nuestra **red de proveedores**. Nuestra red de proveedores es el grupo de dentistas y otros proveedores dentales con los que trabajamos. Puede elegir entre cualquier proveedor en nuestra red de proveedores. A esto se le llama **libertad de elección**. Si utiliza un proveedor dental que no está en nuestra red, es posible que deba pagar esa cita o servicio.

Encontrará una lista de proveedores dentro de nuestra red en nuestro directorio de proveedores en el sitio web de LIBERTY www.Libertydentalplan.com/FLMedicaid. Si no tiene un directorio de proveedores, llame al **1-833-276-0850** o TTY **1-877-855-8039**.

Proveedores que no están en nuestro plan

Hay ocasiones en las que puede obtener servicios de proveedores que no están en nuestro plan cuando los servicios son revisados y aprobados por LIBERTY. Si necesita un servicio y no podemos encontrar un proveedor en nuestro plan para estos servicios, le ayudaremos a encontrar otro proveedor que no esté en nuestro plan. Recuerde consultar con nosotros antes de utilizar un proveedor que no esté en nuestra red de proveedores. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros.

Cuando pagamos por sus servicios

Cubriremos la mayoría de sus servicios dentales, pero su plan de salud puede cubrir algunos servicios. Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-833-276-0850** o TTY **1-877-855-8039** para obtener ayuda con la organización de estos servicios.

¿Qué tengo que pagar?

Es posible que tenga que pagar por citas o servicios dentales que no están cubiertos. Un **servicio cubierto** es un servicio que debemos brindar en el programa de Medicaid. Todos los servicios enumerados en este manual son servicios cubiertos. Recuerde, el hecho de que un servicio esté cubierto no significa que lo necesitará. Es posible que deba pagar por los servicios si no lo aprobamos primero.

Si recibe una factura de un proveedor, llame a Servicios para Miembros al **1-833-276-0850 o TTY 1-877-855-8039**. No pague la factura hasta que haya hablado con nosotros. Le ayudaremos.

Servicios para niños³

Brindamos todos los servicios dentales médicamente necesarios para nuestros miembros que tengan entre 0 y 20 años. Esa es la ley. Esto es cierto incluso si no cubrimos un servicio o el servicio tiene un límite. Mientras los servicios dentales de su hijo sean médicamente necesarios, los servicios dentales:

- No tienen un límite en dólares; o
- No tienen límites de tiempo, como límites diarios y horarios

Es posible que su proveedor dental deba solicitarnos aprobación antes de brindarle el servicio a su hijo. Llame a Servicios para Miembros al **1-833-276-0850 o TTY 1-877-855-8039** si desea saber cómo solicitar estos servicios.

Objeciones religiosas o morales

Si no cubrimos un servicio por razones religiosas o morales, le informaremos que el servicio no está cubierto. En estos casos, debe llamar al agente de inscripciones del Estado al 1-877-711-3662 (TDD 1-866-467-4970). El agente de inscripciones le ayudará a encontrar un proveedor para dichos servicios.

Sección 12: Información importante sobre sus beneficios

Elegir un Proveedor Dental Primario (PDP)

Una de las primeras cosas que deberá hacer cuando se inscriba en nuestro plan es elegir un proveedor dental primario (PDP). Este es un dentista general o dentista pediátrico. Se comunicará con su proveedor dental primario (PDP) para programar una cita para servicios como visitas regulares al dentista o cuando tenga un problema dental. Su PDP también le ayudará a obtener atención de otros proveedores o especialistas. A esto se le llama **derivación**. Puede elegir a su PDP llamando a Servicios para Miembros.

³ También conocido como “Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento” o requerimientos “EPSDT”:

Puede elegir un PDP diferente para cada miembro de la familia o puede elegir un PDP para toda la familia. Si no elige un PDP, elegiremos uno para usted y su familia.

Puede cambiar a su PDP en cualquier momento. Para cambiar su PDP, llame a Servicios para Miembros.

Elegir un PDP para su hijo

Es importante que seleccione un PDP para su hijo, a fin de asegurarse de que se realicen los exámenes dentales de bienestar infantil cada año. Estas visitas son chequeos regulares que ayudan a mantener saludables los dientes de su hijo. Estas visitas pueden ayudar a encontrar problemas y mantener a su hijo saludable.⁴

Puede llevar a su hijo a un dentista o dentista pediátrico.

Atención preventiva

No necesita una derivación para servicios dentales para prevenir problemas dentales y mantener su boca saludable. Los servicios dentales para prevenir problemas dentales y mantener su boca saludable pueden incluir una revisión de su boca por parte de un proveedor dental (exámenes de detección o evaluaciones), limpiezas de dientes y recubrimientos plásticos delgados pintados en las ranuras de los dientes posteriores que usa para masticar (selladores). Estos servicios son gratuitos.

Atención especializada y derivaciones

A veces, es posible que deba consultar a un proveedor que no sea su PDP para problemas dentales, tales como condiciones especiales, lesiones o enfermedades. Hable con su PDP primero. Su PDP lo derivará a un **especialista**. Un especialista es un proveedor que se enfoca en un tipo de servicio dental.

Si tiene un administrador de casos, asegúrese de informarle a su administrador de casos sobre sus **derivaciones**. El administrador de casos trabajará con el especialista para obtener su atención.

Segundas opiniones

Tiene derecho a obtener una **segunda opinión** sobre su atención. Esto significa hablar con un proveedor diferente para ver qué tienen que decir sobre su atención. El segundo proveedor le dará su punto de vista. Esto puede ayudarlo a decidir si ciertos servicios o tratamientos son los mejores para usted. Obtener una segunda opinión es gratuito.

Su PDP, administrador de casos o Servicios para Miembros pueden ayudarlo a encontrar un proveedor para darle una segunda opinión. Puede elegir cualquiera de nuestros proveedores. Si no puede encontrar un proveedor con nosotros, lo

⁴ Para obtener más información sobre los exámenes de detección y las evaluaciones que se recomiendan para niños, consulte las "Recomendaciones para la atención médica pediátrica preventiva: Programa de periodicidad" en [Periodicity Schedule \(aap.org\)](http://www.aap.org/PeriodicitySchedule).

ayudaremos a encontrar un proveedor que no esté en nuestra red de proveedores. Si necesita consultar a un proveedor que no está en nuestra red de proveedores para obtener una segunda opinión, debemos aprobarlo antes de que haga la consulta.

Atención hospitalaria

Si necesita ir al hospital para una cita, cirugía o pernoctación, su PDP lo ayudará a solicitar la aprobación de los servicios dentales. Debemos aprobar los servicios de un proveedor dental en el hospital antes de su visita, excepto en casos de emergencia. No pagaremos los servicios de un proveedor dental en un hospital a menos que los aprobemos con anticipación o sea una emergencia.

Si tiene un administrador de casos, ellos trabajarán con usted y su proveedor dental para obtener los servicios en el lugar para cuando le den de alta hospitalaria.

Atención de emergencia

Usted tiene una condición médica de **emergencia** dental cuando necesita atención inmediata para detener el sangrado, aliviar el dolor intenso o salvar un diente. Algunos ejemplos:

- Absceso
- Sangrado continuo
- Infección

Los servicios de emergencia son lo que recibe cuando está muy enfermo o lesionado. Estos servicios intentan mantenerlo vivo o evitar que empeore. Por lo general, se brindan en una sala de emergencias.

Si su condición es grave, llame al 911 o acuda al centro de emergencias más cercano de inmediato. Puede ir a cualquier hospital o centro de emergencias. Si no está seguro de que es una emergencia, llame a su PDP. Su PDP le dirá qué hacer.

Pagamos por los servicios de emergencia que brinda un proveedor dental, incluso si no forman parte de nuestro plan o no están en nuestra área de servicio. Medicaid o su plan de salud de Medicaid paga el costo del hospital o centro de emergencias y cualquier atención que no haya sido brindada por un proveedor dental. Tampoco necesita obtener una aprobación por adelantado para recibir atención de emergencia o para los servicios que recibe en una sala de emergencias para tratar su afección.

Si tiene una emergencia cuando está lejos de su hogar, obtenga la atención médica que necesita. Asegúrese de llamar a Servicios para Miembros cuando pueda y avísenos.

Atención de urgencia

La atención de urgencia no es atención de emergencia. La atención de urgencia es necesaria cuando tiene una lesión o enfermedad que debe tratarse dentro de las 48 horas. Cuando su salud o su vida generalmente no están en peligro, pero no puede

esperar para ver su PDP o es después de que el consultorio de su PDP haya cerrado. Asegúrese de consultarnos antes de utilizar un centro de atención de urgencia, o es posible que deba pagar por esos servicios.

Si necesita atención de urgencia después del horario de oficina y no puede comunicarse con su PDP, llame a nuestro servicio de atención las 24 horas al **1-833-276-0850 o TTY 1-877-855-8039**.

También puede encontrar el centro de atención urgente más cercano a usted buscando en línea o en las páginas amarillas.

Comprando sus medicamentos

No pagamos por los medicamentos recetados. Si su PDP le solicita un medicamento, podemos ayudarlo a obtener dicho medicamento a través de Medicaid o su plan de salud de Medicaid. Puede llamar a Servicios para Miembros o al administrador de su caso dental si necesita ayuda.

Programas de recompensas para miembros

Ofrecemos programas dentales para ayudarlo a mantenerse saludable y llevar una vida más sana. A esto le llamamos **programas de comportamiento saludable**. Puede ganar **recompensas** mientras participa en estos programas. Nuestro plan ofrece los siguientes programas dentales a los afiliados elegibles:

Comportamientos Saludables en Zonas Rurales: Los inscritos en códigos postales calificados que completen un chequeo dental con su dentista primario en persona o por teledental recibirán una recompensa.

Madres y Bebés Saludables: Las mujeres embarazadas afiliadas y sus hijos de 0 a 1 año de edad que reciban un examen dental y servicios preventivos durante el embarazo y que el bebé tenga una visita al consultorio antes de cumplir 1 año, recibirán una recompensa.

Hábitos Saludables: Los afiliados de 4 a 14 años que se cepillen los dientes al menos 2 veces al día durante 2 semanas y completen el calendario de desafíos en casa recibirán una de las siguientes recompensas: un libro para colorear con crayones, un libro de stickers o una mochila con cordón. Los niños que participen en Hábitos Saludables no son elegibles para el programa de recompensas Niños Saludables.

Niños Saludables: Los afiliados de 2 a 20 años de edad que reciban un examen dental en persona dentro de los 180 días posteriores a la inscripción y realicen 2 consultas de control dental en un año calendario recibirán una recompensa. Los niños que participen en Niños Saludables no son elegibles para el programa de recompensas Hábitos Saludables.

Recuerde que las recompensas no pueden ser transferidas. Si abandona nuestro plan por más de 180 días, es posible que no reciba su recompensa. Las recompensas del Programa de Comportamiento Saludable se otorgan una vez por afiliado cada 12 meses.

Si tiene preguntas o desea unirse a alguno de estos programas, llámenos al **1-833-276-0850 o TTY 1-877-855-8039** Visítenos en www.Libertydentalplan.com/FLMedicaid para más detalles sobre el Programa de Comportamientos Saludables.

Programas de mejora de la calidad

Queremos que usted reciba atención médica de calidad. Ofrecemos programas adicionales que ayudan a mejorar la atención que recibe. Los programas son:

- **Teleodontología:**
Puede llamar a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al **1-833-276-0850 o TTY 1-877-855-8039** si tiene preguntas sobre cómo recibir servicios de emergencia a través de teleodontología.
- **Medicamentos de venta libre (OTC)**
Puede recibir \$10 por persona (\$30 por familia) cada trimestre para comprar en línea productos de venta libre relacionados con la salud bucal. Cualquier dólar de beneficio no utilizado al final del trimestre vencerá y no se transferirá.

También tiene derecho a informarnos sobre los cambios que considere que deberíamos hacer.

Para obtener más información sobre nuestro programa de mejora de la calidad o para compartir sus ideas, llame a Servicios para Miembros al **1-833-276-0850 o TTY 1-877-855-8039**.

Sección 13: Los beneficios de su Plan: Servicios dentales

La siguiente tabla enumera los servicios dentales que cubrimos. Recuerde, es posible que necesite una derivación de su médico, dentista o nuestra aprobación antes de acudir a una cita o usar un servicio. Los servicios deben ser médicamente necesarios para que podamos pagarlos⁵. Es posible que tenga un copago de \$3 por día para una consulta dental que no sea de emergencia en un centro de salud calificado por el gobierno federal.

Si hay cambios en los servicios cubiertos u otros cambios que lo afectarán, se lo notificaremos por escrito al menos 30 días antes de la fecha de entrada en vigencia del cambio.

Si tiene preguntas sobre cualquiera de los servicios dentales cubiertos, llame a Servicios para Miembros.

⁵ Puede encontrar la definición de necesidad médica en la Política de Definiciones de Florida Medicaid en: www.ahca.myflorida.com/medicaid/rules/adopted-rules-general-policies

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones		Autorización previa LIBERTY
		Niños (de 0 a 20 años) LIBERTY	Adultos (mayores de 21 años) LIBERTY	
Exámenes dentales	Una revisión de su diente, dientes o boca por un dentista.	<ul style="list-style-type: none"> • Los exámenes completos están cubiertos 1 vez cada 3 años. • Los exámenes de control están cubiertos 2 veces al año. • Los exámenes de emergencia están cubiertos según sean médicamente necesarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los exámenes completos para dentaduras están cubiertos 1 vez cada 3 años. • Los exámenes de emergencia están cubiertos según sean médicamente necesarios. 	
Exámenes dentales	Una revisión de su boca por un higienista dental.	<ul style="list-style-type: none"> • Cubierto 2 veces al año. • Puede realizarse en una escuela o en un programa Head Start. 		
Radiografías dentales	Imágenes internas de los dientes con diferentes puntos de vista.	Todos los tipos de radiografías dentales están cubiertos.	<p>Solo algunos tipos de radiografías dentales están cubiertos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 serie de radiografías de boca completa cada 3 años. - 1 vista de toda la boca (radiografía 	

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones		Autorización previa LIBERTY
		Niños (de 0 a 20 años) LIBERTY	Adultos (mayores de 21 años) LIBERTY	
			<p>panorámica) cada 5 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Otras radiografías de un solo diente según sea necesario. 	
Limpiezas dentales	Limpiezas básicas que pueden incluir cepillado, uso de hilo dental, lavado y pulido de dientes	<ul style="list-style-type: none"> • Cubierto 2 veces al año. • Puede realizarse en una escuela o en un programa Head Start. 		
Flúor	Un medicamento aplicado en los dientes para hacerlos más fuertes.	<ul style="list-style-type: none"> • La aplicación de flúor está cubierta: <ul style="list-style-type: none"> - 4 veces al año para niños de 0 a 5 años. - 2 veces al año para niños de 6 a 20 años. • Puede realizarse en una escuela o en un programa Head Start. 		
Selladores	Recubrimientos de plástico delgados pintados en las ranuras de los dientes de la superficie	<ul style="list-style-type: none"> • Cubrimos los selladores 1 vez cada 3 años por cada diente que se emplea para masticar 		

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones		Autorización previa LIBERTY
		Niños (de 0 a 20 años) LIBERTY	Adultos (mayores de 21 años) LIBERTY	
	para masticar, a fin de prevenir las caries.	(posterior) de un adulto <ul style="list-style-type: none"> • Puede realizarse en una escuela o en un programa Head Start. 		
Instrucciones de salud bucal	Educación sobre cómo cepillarse los dientes, usar hilo dental y mantener sus dientes saludables.	<ul style="list-style-type: none"> • Cubrimos las instrucciones de salud bucal 2 veces al año. • Puede realizarse en una escuela o en un programa Head Start. 		
Espaciadores	Una forma de mantener el espacio en la boca cuando se extrae o falta un diente.	Cubierto según sea médicamente necesario.		
Empastes y coronas	Un servicio dental para arreglar los dientes.	Cubierto según sea médicamente necesario.		
Endodoncias	Un servicio dental para arreglar la parte interna de un diente (nervio).	Cubierto según sea médicamente necesario.		
Periodoncia	Limpiezas profundas que pueden	Cubierto según sea médicamente necesario.		

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones		Autorización previa LIBERTY
		Niños (de 0 a 20 años) LIBERTY	Adultos (mayores de 21 años) LIBERTY	
	involucrar dientes y encías.			
Prostodoncia	Dentaduras u otros tipos de objetos para reemplazar los dientes.	<ul style="list-style-type: none"> • 1 dentadura superior, 1 dentadura inferior o 1 juego de dentaduras completas. • 1 dentadura superior, 1 dentadura inferior o 1 juego de dentaduras parciales. • 1 placa de soporte para reemplazar los dientes frontales. • 1 mejora para el ajuste y la comodidad de la prótesis (realineación) por cada dentadura cada año. 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 dentadura superior, 1 dentadura inferior o 1 juego de dentaduras completas. • 1 dentadura superior, 1 dentadura inferior o 1 juego de dentaduras parciales. • 1 mejora para el ajuste y la comodidad de la prótesis (realineación) por cada dentadura cada año. 	Solicítenos aprobación antes de ir a una cita para recibir estos servicios.
Ortodoncia	Frenillos u otras formas de corregir la ubicación de los dientes.	Cubierto según sea médicamente necesario.		Solicítenos aprobación antes de ir a una cita para recibir estos servicios.

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones		Autorización previa LIBERTY
		Niños (de 0 a 20 años) LIBERTY	Adultos (mayores de 21 años) LIBERTY	
Extracciones	Extracción de dientes	Cubierto según sea médicamente necesario.	Cubierto según sea médicamente necesario.	
Sedación	Una forma de proporcionar servicios dentales cuando un paciente está dormido o parcialmente dormido.	Cubierto según sea médicamente necesario.	Cubierto según sea médicamente necesario.	
Centro de cirugía ambulatoria o servicios odontológicos en el hospital	<p>Servicios dentales que no se pueden realizar en un consultorio dental.</p> <p>Estos son servicios que necesitan ser provistos con diferentes equipos y posiblemente diferentes proveedores.</p>	Cubierto según sea médicamente necesario para cualquier servicio dental necesario.	Cubierto según sea médicamente necesario para extracciones.	Solicítenos aprobación antes de ir a una cita para recibir estos servicios.

Sección 14: Costos compartidos de los servicios

El costo compartido se refiere a la parte de los costos de ciertos servicios cubiertos que usted es responsable de pagar. Los costos compartidos pueden incluir coseguro, copagos y deducibles. Si tiene preguntas sobre los requisitos de sus costos compartidos, comuníquese con Servicios para Miembros.

Los beneficios de su Plan: Beneficios ampliados

Los beneficios ampliados son bienes o servicios adicionales que le proporcionamos, sin cargo alguno. Llame a Servicios para Miembros para preguntar acerca de cómo obtener beneficios ampliados. Estos servicios adicionales se brindan a adultos mayores de 21 años. Para las mujeres embarazadas que tienen 21 años o más, es posible que haya más servicios disponibles para garantizar un embarazo saludable.

Servicio	Descripción	Cobertura/Limitaciones		
		Adultos (mayores de 21 años) LIBERTY	Servicios adicionales para adultas embarazadas (mayores de 21 años) LIBERTY	Autorización previa LIBERTY
Exámenes dentales	Una revisión de su diente, dientes o boca por un dentista.	<ul style="list-style-type: none"> Los exámenes completos están cubiertos 1 vez cada 3 años. Los exámenes de control están cubiertos 2 veces al año. 	Los exámenes dentales adicionales están cubiertos según sean médicamente necesarios.	
Exámenes dentales	Una revisión de su boca por un higienista dental.	Cubierto 2 veces al año.	Los exámenes dentales adicionales están cubiertos según sean médicamente necesarios.	
Radiografías dentales	Imágenes internas de los dientes con diferentes	Todos los tipos de radiografías dentales están cubiertos.	Las radiografías dentales adicionales están cubiertas según sean	

	puntos de vista.		médicamente necesarias.	
Limpiezas dentales	Limpiezas básicas que pueden incluir cepillado, uso de hilo dental, lavado y pulido de dientes	Cubierto 2 veces al año.	Las limpiezas dentales adicionales están cubiertas según sean médicamente necesarias.	
Flúor	Un medicamento aplicado en los dientes para hacerlos más fuertes.	Cubierto 2 veces al año.	El fluoruro adicional está cubierto según sea médicamente necesario.	
Selladores	Recubrimientos de plástico delgados pintados en las ranuras de los dientes de la superficie para masticar, a fin de prevenir las caries.	Cubierto 1 vez cada 3 años por cada diente que se emplea para masticar (posterior) de un adulto.		
Instrucciones de salud bucal	Educación sobre cómo cepillarse los dientes, usar hilo dental y mantener sus dientes saludables.	Cubierto 2 veces al año.	Las instrucciones adicionales de salud bucal están cubiertas según sean médicamente necesarias.	
Empastes	Un servicio dental para arreglar los dientes.	Algunos servicios de empastes están cubiertos para dientes delanteros y posteriores (de masticación) según sea		

		médicamente necesario.		
Periodoncia	Limpiezas profundas que pueden involucrar dientes y encías.	Algunos servicios de limpieza profunda están cubiertos según sean médicamente necesarios.	Las limpiezas profundas adicionales están cubiertas según sean médicamente necesarias.	
Servicios generales	Consultas dentales para visitar a un dentista, a fin de obtener una opinión y un tratamiento para el dolor dental.	Cubierto según sea médicamente necesario.	Algunos servicios generales están cubiertos según sean médicamente necesarios.	
Pruebas de diabetes	Pruebas de diabetes en un consultorio dental.	Cubierto 1 vez al año.		
Visita al consultorio dental para personas con discapacidades	Una visita al consultorio dental para sentirse cómodo con el consultorio y el dentista antes de realizar el trabajo dental.	Cubierto para personas con discapacidad intelectual 1 vez por cada nuevo consultorio dental o dentista.		

Los beneficios de su Plan: Caminos hacia la prosperidad

El Plan evaluará a los miembros que puedan estar experimentando barreras para el empleo, la autosuficiencia económica y la independencia para obtener acceso a servicios de coordinación de atención/administración de casos y necesidades sociales relacionadas con la salud, como asistencia para la vivienda, sostenibilidad alimentaria, capacitación vocacional y servicios de apoyo educativo.

Sección 15: Satisfacción del miembro

Quejas, Quejas formales, y Apelaciones al Plan

Queremos que esté satisfecho con nosotros y con la atención que recibe de nuestros proveedores. Háganos saber de inmediato si en algún momento no está satisfecho con

algo sobre nosotros o nuestros proveedores. Esto incluye si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado.

Lo que puede hacer:		Lo que haremos:
<p>Si no está satisfecho con nosotros o con nuestros proveedores, puede presentar una queja.</p>	<p>Usted puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llamarnos en cualquier momento. <p>1-833-276-0850</p> <p>TTY al 1-877-855-8039</p>	<p>Nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intentaremos resolver su problema dentro de un día hábil.
<p>Si no está satisfecho con nosotros o con nuestros proveedores, puede presentar una queja formal.</p>	<p>Usted puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escribirnos o llamarnos en cualquier momento. • Llámenos a fin de solicitar más tiempo para resolver su queja formal si considera que esto lo ayudará. <p>LIBERTY Dental Plan Grievance Department P.O. Box 15149 Tampa, FL 33684 1-833-276-0850 TTY al 1-877-855-8039 Fax 1-833-250-1814</p> <p>En línea https://www.Libertydentalplan.com/Legal/Grievances.aspx</p>	<p>Nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisaremos su queja formal y le enviaremos una carta con nuestra decisión dentro de los 30 días. <p>Si necesitamos más tiempo para resolver su queja formal, nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le enviaremos una carta con nuestro motivo y le informaremos sobre sus derechos, en caso no esté de acuerdo.
<p>Si no está de acuerdo con nuestra decisión respecto a sus servicios, puede</p>	<p>Usted puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escribirnos o llamarnos y hacer un seguimiento por escrito, dentro de los 60 días de nuestra decisión sobre sus servicios. • Solicite que sus servicios continúen dentro de los 10 días posteriores a la recepción de 	<p>Nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le enviaremos una carta dentro de los 5 días hábiles para informarle que recibimos su apelación.

<p>solicitar una apelación.</p>	<p>nuestra carta, si es necesario. Se pueden aplicar algunas reglas.</p> <p>LIBERTY Dental Plan Appeals Department P.O. Box 15149 Tampa, FL 33684 1-833-276-0850 TTY al 1-877-855-8039 Fax 1-833-250-1814</p> <p>En línea https://www.Libertydentalplan.com/Legal/Grievances.aspx</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le ayudaremos a completar cualquier formulario. • Revisaremos su apelación y le enviaremos una carta con nuestra respuesta dentro de los 30 días.
<p>Si considera que esperar 30 días pondrá en peligro su salud, puede solicitar una Apelación expedita o “Rápida”</p>	<p>Usted puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escribirnos o llamarnos dentro de los 60 días de nuestra decisión sobre sus servicios. <p>LIBERTY Dental Plan Fast Appeal P.O. Box 15149 Tampa, FL 33684 1-833-276-0850 TTY al 1-877-855-8039 Fax 1-833-250-1814</p> <p>En línea https://www.Libertydentalplan.com/Legal/Grievances.aspx</p>	<p>Nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le daremos una respuesta dentro de las 48 horas posteriores a la recepción de su solicitud. • Le llamaremos el mismo día si no estamos de acuerdo en que necesita una apelación rápida y le enviaremos una carta dentro de los dos días.
<p>Si no está de acuerdo con nuestra decisión de apelación, puede solicitar una audiencia imparcial de Medicaid</p>	<p>Usted puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escribir a la Oficina de Audiencias Imparciales de la Agencia para la Administración de Atención Médica. <p>PO Box 7237 Tallahassee, FL 32314-7237</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicítenos una copia de su registro médico. • Solicite que sus servicios continúen dentro de los 10 días posteriores a la recepción de 	<p>Nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le proporcionaremos transporte a la audiencia imparcial de Medicaid, si es necesario. • Reanudaremos sus servicios si el Estado está de

	<p>nuestra carta, si es necesario. Se pueden aplicar algunas reglas.</p> <p>**Usted debe finalizar el proceso de apelación antes de poder tener una audiencia imparcial de Medicaid.</p>	<p>acuerdo con usted.</p> <p>Si continua con sus servicios, es posible que le pidamos que pague por los servicios si la decisión final no es a su favor.</p>
--	---	--

Plan de apelación rápida

Si rechazamos su solicitud de una apelación rápida, transferiremos su apelación al marco de tiempo de la apelación regular de 30 días. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no proporcionarle una apelación rápida, puede llamarnos para presentar una queja formal.

Audiencias imparciales de Medicaid (para afiliados de Medicaid)

Puede solicitar una audiencia imparcial en cualquier momento hasta 120 días después de recibir un Aviso de Resolución de Apelación del Plan, llamando o escribiendo a:

Agency for Health Care Administration
 Medicaid Fair Hearing Unit
 P.O. Box 7237
 Tallahassee, FL 32314-7237
 1-877-254-1055 (número gratuito)
 1-239-338-2642 (fax)
MedicaidFairHearingUnit@ahca.myflorida.com

Si solicita una audiencia imparcial por escrito, incluya la siguiente información:

- Su nombre
- Su número de miembro
- Su número de identificación de Medicaid
- Un número de teléfono donde podamos contactarlo a usted o a su representante.

Si la tiene, también puede incluir la siguiente información:

- Una explicación de por qué considera que la decisión debe revertirse
- Los servicios que cree que necesita
- Cualquier información médica que respalde la solicitud

- Quién desearía que le ayude con la audiencia imparcial.

Luego de recibir su solicitud de audiencia imparcial, la Agencia para la Administración de Atención Médica le informará por escrito que recibió su solicitud de audiencia imparcial. Un funcionario de audiencias que trabaja para el Estado revisará nuestra decisión.

Si usted es un miembro de MediKids del Título XXI, no se le permite tener una audiencia imparcial de Medicaid.

Revisión por el Estado (para afiliados de MediKids)

Cuando solicita una revisión, un funcionario de audiencias que trabaja para el Estado revisa la decisión tomada durante la apelación del plan. Puede solicitar una revisión por parte del Estado hasta 30 días después de recibir la notificación. **Primero debe finalizar el proceso de apelación.**

Puede solicitar una revisión por parte del Estado llamando o escribiendo a:

Agency for Health Care Administration
P.O. Box 7237
Tallahassee, FL 32314-7237
1-877-254-1055 (*número gratuito*)
1-239-338-2642 (*fax*)
MedicaidHearingUnit@ahca.myflorida.com

Luego de recibir su solicitud, la Agencia para la Administración de Atención Médica le informará por escrito que recibió su solicitud.

Continuación de los beneficios para los afiliados de Medicaid

Si actualmente está recibiendo un servicio que va a reducirse, suspenderse o cancelarse, usted tiene derecho a seguir obteniendo dichos servicios hasta que se tome una decisión definitiva sobre la **apelación del Plan o la audiencia imparcial de Medicaid**. Si sus servicios continúan, estos no sufrirán ningún cambio hasta que se tome una decisión definitiva.

Si sus servicios continúan y nuestra decisión no es a su favor, podemos solicitarle que pague por el costo de dichos servicios. No le quitaremos los beneficios de Medicaid. No podemos pedirle a su familia ni a su representante legal que paguen por los servicios.

Para continuar con los servicios durante la apelación o audiencia imparcial, usted debe presentar su apelación y solicitar la continuidad de los servicios dentro de este plazo, lo que ocurra posteriormente:

- 10 días después de recibir una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios (NABD), o
- Durante el primer día o antes en que se reducirán, suspenderán o terminarán sus servicios.

Sección 16: Derechos de los Miembros

Como beneficiario de Medicaid y miembro inscrito en un plan, también tiene ciertos derechos. Usted tiene derecho a:

- Ser tratado con cortesía y respeto
- Que siempre se considere y respete su dignidad y privacidad.
- Recibir una respuesta rápida y útil a sus preguntas y solicitudes
- Saber quién está brindando los servicios médicos y quién es responsable de su cuidado
- Saber qué servicios para miembros están disponibles, incluso si hay un intérprete disponible en caso de que no hable inglés
- Saber qué reglas y leyes se aplican a su comportamiento
- Recibir información fácil de seguir sobre su diagnóstico y hablar abiertamente sobre el tratamiento que necesita, las opciones de tratamientos y alternativas, los riesgos y cómo estos tratamientos lo ayudarán.
- Participar en la toma de decisiones con su proveedor sobre su atención dental, incluido el derecho a negarse a cualquier tratamiento, excepto que la ley disponga lo contrario.
- Recibir información completa sobre otras formas de ayudar a pagar su atención médica
- Saber si el proveedor o los centros aceptan la tasa de asignación de Medicare
- Recibir información previa sobre el costo de un servicio
- Obtener una copia de una factura y que le expliquen los cargos
- Obtener tratamiento médico o ayuda especial para personas con discapacidades, independientemente de su raza, nacionalidad, religión, discapacidad o fuente de pago.
- Recibir tratamiento para cualquier emergencia de salud que empeorará si no recibe tratamiento
- Saber si el tratamiento médico es para investigación experimental y decir sí o no a participar en dicha investigación
- Presentar una queja cuando sus derechos no son respetados
- Preguntar por otro médico cuando no esté de acuerdo con su médico (segunda opinión médica)

- Obtener una copia de su registro médico y solicitar que se agregue o corrija la información en su registro, si es necesario
- Mantener la privacidad de sus registros médicos y que solo se compartan con su aprobación o cuando lo exija la ley
- Presentar una queja formal sobre cualquier asunto que no sea la decisión del Plan respecto a sus servicios
- Apelar la decisión de un Plan respecto a sus servicios
- Recibir servicios de un proveedor que no sea parte de nuestro Plan (fuera de la red) si no podemos encontrar un proveedor para usted que sea parte de nuestro Plan
- Hablar libremente sobre su atención médica y sus preocupaciones sin malos resultados
- Ejercer libremente sus derechos sin que el Plan o los proveedores de la red lo traten mal
- Recibir atención sin temor a alguna forma de restricción o reclusión que se utilice como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia
- Recibir información sobre beneficiarios e información del Plan.
- Obtenga servicios disponibles y accesibles cubiertos por el Plan.

Sección 17: Responsabilidades de los Miembros

Como beneficiario de Medicaid y miembro de un plan dental, usted también tiene ciertas responsabilidades. Usted tiene la responsabilidad de:

- Proporcionar información precisa sobre su salud a su plan y proveedores
- Informar a su proveedor sobre cambios inesperados en su estado de salud
- Hablar con su proveedor para comprender sus problemas dentales y acordar un plan de tratamiento Asegurarse de comprender el curso de acción y lo que se espera de usted
- Escuchar a su proveedor, seguir las instrucciones de cuidado y hacer preguntas
- Cumplir con sus citas y notificar a su proveedor si no podrá asistir a una cita
- Ser responsable de sus acciones si se rechaza el tratamiento o si no sigue las instrucciones del proveedor de atención médica
- Asegurarse de que se realice el pago por los servicios no cubiertos que reciba

- Seguir las normas y regulaciones de comportamiento de las instalaciones de atención médica
- Tratar al personal de atención médica y al administrador de casos con respeto
- Avisarnos si tiene problemas con algún personal de atención médica
- Usar la sala de emergencias solo para emergencias reales
- Notificar a su administrador de casos si hay algún cambio en la información (dirección, teléfono, etc.)
- Tener un plan para emergencias y acceder a este si es necesario para su seguridad
- Reportar fraude, abuso y sobrepagos

Sección 18: Otra información importante

Plan de emergencia en caso de desastres

Los desastres pueden ocurrir en cualquier momento. Para protegerse y proteger a su familia, es importante estar preparado. Hay tres pasos para prepararse para un desastre: 1) Estar informado; 2) Hacer un plan y 3) Conseguir un kit. Para obtener ayuda con su plan de emergencia en caso de desastres, llame a Servicios para Miembros o a su administrador de casos. La División de Manejo de Emergencias de Florida también puede ayudarlo con su plan. Puede llamarlos al **(850) 413-9969** o visitar su sitio web en www.floridadisaster.org

Consejos sobre cómo prevenir el fraude y el abuso de Medicaid:

- NO comparta su información personal, incluido su número de Medicaid, con nadie más que sus proveedores de confianza.
- Tenga cuidado con cualquier persona que le ofrezca dinero, servicios médicos gratuitos o de bajo costo, o regalos a cambio de su información de Medicaid.
- Tenga cuidado con las visitas a domicilio o con las llamadas que no solicitó.

Tenga cuidado con los enlaces incluidos en mensajes de texto o correos electrónicos que no solicitó o en plataformas de redes sociales.

Fraude/abuso/sobrepagos en el programa de Medicaid

Para reportar sospechas de fraude y/o abuso en Florida Medicaid, llame de manera gratuita a la línea directa de quejas del consumidor al 1-888-419-3456 o complete un formulario de queja por abuso y fraude de Medicaid, que está disponible en línea en:

<https://apps.ahca.myflorida.com/mpi-complaintform/>

También puede informarnos sobre fraudes y abusos directamente poniéndose en contacto con LIBERTY DENTAL PLAN en:

Special Investigations Unit
1-888-704-9833 / TTY: 1-877-855-8039
SIU@Libertydentalplan.com

LIBERTY Dental Plan Compliance Department
P.O. Box 15149
Tampa, FL 33684

Abuso/Negligencia/Explotación de personas

Nunca debe recibir malos tratos. Nunca está bien que alguien lo golpee o le infunda miedo. Puede hablar con su PDP o administrador de casos sobre sus sentimientos.

Si siente que lo están maltratando o descuidando, puede llamar a la línea directa de abuso al 1-800-96-ABUSE (1-800-962-2873) o al TTY/TDD al 1-800-955-8771.

También puede llamar a la línea directa si sabe de alguien que está siendo maltratado.

La violencia doméstica también es abuso. Aquí algunos consejos de seguridad:

- Si está herido, llame a su proveedor de atención primaria
- Si necesita atención de emergencia, llame al 911 o acuda al hospital más cercano. Para más información, consulte sección ATENCIÓN DE EMERGENCIA
- Tener un plan para llegar a un lugar seguro (la casa de un amigo o familiar)
- Preparar una mochila pequeña y dársela a un amigo para que la guarde.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a la línea directa nacional de violencia doméstica al número gratuito 1-800-799-7233 (TTY 1-800-787-3224).

Para más información

Usted tiene el derecho de solicitar información. Llame a Servicios para Miembros o hable con su administrador de casos sobre qué tipos de información puede recibir de forma gratuita. Algunos ejemplos:

- Su registro como afiliado;
- Una descripción de cómo operamos;
- Calificaciones de desempeño de calidad, incluido resultados de encuestas de satisfacción de miembros;
 - https://client.Libertydentalplan.com/FLMedicaid?_ga=2.230647260.1746809133.1724177183-1973667564.1720562198&_gl=1*1r89mpx*_ga*MTk3MzY2NzU2NC4xNzlwNTYyMTk4*_ga_MQ6J4GFNVZ*MTcyNDE4NDExOS40LjEuMTcyNDE4NDU2Ni41NS4wLjk3MDE2NDU1Nw

Sección 19: Recursos adicionales

Departamento de información médica de Florida

El Programa Dental de Salud Pública dirige los esfuerzos del Departamento de Salud para mejorar y mantener la salud bucal de todas las personas en Florida. Puede encontrar los siguientes tipos de información en su sitio web:

- Fluorización del agua comunitaria
- Sitios relacionados con la salud bucal
- Programas de selladores en las escuelas

Para obtener más información sobre el programa dental de salud pública, visite:

www.flhealth.gov/dental

Para encontrar información sobre la calidad de la salud bucal en su condado, visite:

<http://www.flhealthcharts.com/ChartsReports/rdPage.aspx?rdReport=ChartsProfiles.OralHealthProfile>

Información sobre MediKids

Para información sobre la cobertura de MediKids, visite:

http://ahca.myflorida.com/medicaid/Policy_and_Quality/Policy/program_policy/FLKidCare/MediKids.shtml

Sección 20: Formularios

Formulario	Ingrese a
Formulario de Queja Formal y Apelación del Miembro	http://www.libertydentalplan.com/Resources/Documents/ma_GA_Form_FL.pdf
Formulario de autorización para la divulgación de registros e información	http://client.libertydentalplan.com/FLMedicaid/Enrollee/DocumentsAndResources/#tabEnrolleeDocs



MEMBER GRIEVANCE AND APPEAL FORM

Your concerns are important to LIBERTY Dental Plan (LIBERTY). If you disagree with our decision on your requested or completed services, you can ask for an appeal. If you are not happy with your dental provider, services, or how you were treated, you can ask for a grievance (complaint).

You can file a grievance or appeal with LIBERTY:

- Fill out this form and:
 - Mail it to us at: Attn: **Grievances/Appeals P.O. Box 15149, Tampa, FL 33684**
 - Fax it to us at: **1-833-250-1814**

- Go online at:
 - <https://www.libertydentalplan.com/Members/File-a-Grievance-or-Appeal.aspx>

- Call:
 - Member Services
 - **1-833-276-0850**
 - **TTY: 1-877-855-8039**

Important Information

- Please see your Member Handbook or Evidence of Coverage for more details on the filing limits for grievances and appeals.
- You can have someone ask for a grievance or appeal for you. We must have your written approval to let someone ask for a grievance or appeal for you.
- We will mail you a letter acknowledging receipt of your grievance/appeal.
- We will mail you a letter with our response to your grievance/appeal.
- Urgent (expedited) review is available for cases that involve serious threat to your dental health.
- You can ask for an additional time on your case, or we can ask for additional time if it is in your best interest.
- We will give you an interpreter at not cost.
- You or someone you authorization have the right to review your case file at any time.
- We will give you copies of your records at no cost.
- Please call our Member Services at the numbers listed above, if you need help filling out this form.

The acknowledgement and response letters will have the name and phone number of the person who is handling your case. You can call the that person to ask questions or add details to your case at any time.



**LIBERTY
DENTAL PLAN.**

MEMBER GRIEVANCE AND APPEAL FORM

The person handling your case will try to get more information to help resolved your case, including asking the dental office for records or a written response to your concerns.

PART 1: ENROLLEE INFORMATION (PLEASE PRINT)	
<i>First and Last Name</i>	<i>Today's date</i>
<i>Enrollee identification number</i>	<i>Date of Birth</i>
<i>Daytime Phone Number</i>	<i>Evening Phone Number</i>
<i>Preferred method of contact</i> <input type="checkbox"/> Phone <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Mail	<i>Email address</i>
<i>Best time to contact</i> _____ <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	<i>Name and relation of person filing grievance/appeal (if other than the member)</i>
<i>Full mailing address</i>	

PART 2: DENTAL OFFICE/PROVIDER INFORMATION (PLEASE PRINT)	
I am authorizing LIBERTY to request my information from the following office:	
<i>Dental office, provider, or staff member name</i>	<i>Phone Number</i>
<i>Full street address</i>	



**LIBERTY
DENTAL PLAN.**

MEMBER GRIEVANCE AND APPEAL FORM

PART 3: SUMMARY OF GRIEVANCE OR APPEAL

Please give us as many details as you can, if possible please provide the dates, names and any treatment. Include copies for all bills, checks, or other information related to your concerns.

Enrollee Signature

Date

*Encl: Notice of Language Assistance
Non-Discrimination Notice
State Regulatory Language*

Rev. 11.2021

3

Esto es opcional. Revisaremos su caso sin una apelación por escrito.

¿Preguntas? Llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-0850 o TTY al 1-877-855-8039 40



LIBERTY Dental Plan

Formulario de autorización para la divulgación de registros e información

A. Identificación

Este documento autoriza el uso y/o la divulgación de información médica protegida confidencial sobre la siguiente persona:

Nombre del miembro:	
Dirección:	
Fecha de nacimiento:	
Teléfono:	
Identificación del miembro:	

Proporcione los nombres de las personas, como su cónyuge, hijos u otro familiar, a quienes autoriza tener acceso a su información.

Nombre:	Firma:

B. Instrucciones para la divulgación

Esta autorización se aplica de acuerdo con mis instrucciones de que autorizo al consultorio dental que figura a continuación para divulgar todo mi registro dental y/o usar la información médica protegida perteneciente a los miembros que figuran en la Sección A de LIBERTY Dental Plan.

Nombre del consultorio dental:	
Dirección:	
Teléfono:	

C. Autorización y Firma Autorizo la divulgación de mi información médica protegida confidencial, como se describe en mis instrucciones en la Sección B. Entiendo que esta autorización es voluntaria, que la información que debe divulgarse está protegida por la ley, y que el uso/divulgación debe hacerse de acuerdo con mis instrucciones.

Yo, _____, he leído el contenido de la autorización y confirmo que el contenido es coherente con mis instrucciones. Entiendo que al firmar este formulario, estoy autorizando el uso y/o divulgación de mi información médica confidencial. **Este formulario de divulgación caduca a los quince (15) días calendario a partir de la fecha de la firma.**

Firma:

Fecha:



DESIGNACIÓN DE UN SUSTITUTO DE ATENCIÓN MÉDICA

Yo, _____, designo como mi sustituto de atención médica bajo S.765.202, Estatutos de Florida:

Nombre:	
Dirección:	
Teléfono:	

Si mi sustituto de atención médica no está dispuesto, no puede, o no está razonablemente disponible para realizar sus tareas, designo a mi sustituto alternativo de atención médica:

Nombre:	
Dirección:	
Teléfono:	

INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Autorizo a mi sustituto de atención médica a: (Iniciales requeridas en espacios en blanco más abajo)

Recibir cualquier información sobre mi salud, ya sea oral o grabada en cualquier forma o medio que:	
	1. Sea creada o recibida por un proveedor de atención médica, centro de atención médica, plan de salud, empleador de salud pública, aseguradora de vida, escuela o universidad o centro de información de atención médica; y
	2. Se relacione con mi salud o condición física o mental pasada, presente o futura; el proveedor de atención médica que se me ha asignado; o el pago pasado, presente o futuro por las provisiones de atención médica para mi persona.

Asimismo, autorizo a mi sustituto de atención médica a:	
A. Tomar todas las decisiones de atención médica por mí, lo que significa que él o ella tiene la autoridad para:	
	1. Proporcionar consentimiento informado, rechazo de consentimiento o retiro de consentimiento para cualquiera y toda mi atención médica, incluidos los procedimientos que prolongan la vida.

	2. Solicitar en mi nombre beneficios privados, públicos, gubernamentales o de veteranos para costear la atención médica.
	Acceder a mi información médica que sea razonablemente necesaria para que el sustituto de atención médica tome decisiones relacionadas con mi salud y solicite beneficios para mi persona.
	4. Decidir sobre hacer una donación anatómica conforme a la parte V, capítulo 765 de los Estatutos de Florida.

Formulario de voluntad anticipada

Instrucciones específicas y restricciones para mi sustituto de atención médica:

Si bien tengo la capacidad para tomar decisiones, mis deseos son determinantes, y mi médico y los proveedores de atención médica deben comunicarme claramente el plan de tratamiento o cualquier cambio en el plan de tratamiento antes de su implementación. En la medida en que sea capaz de comprenderlo, mi sustituto de atención médica me mantendrá informado razonablemente de todas las decisiones que haya tomado en mi nombre y de los asuntos que me conciernen.

Esta designación de sustituto de atención médica no se ve afectada por mi incapacidad posterior, excepto por lo dispuesto en el Capítulo 765 de los Estatutos de Florida. De conformidad con la sección 765.104 de los Estatutos de la Florida, entiendo que puedo, en cualquier momento, mientras conserve mi capacidad, revocar o enmendar esta designación mediante:

1. La firma de un instrumento escrito y fechado que exprese mi intención de enmendar o revocar esta designación.
2. La destrucción física de esta designación por propia acción o por la de otra persona en mi presencia y bajo mi dirección.
3. La manifestación verbal de mi intención de enmendar o revocar esta designación; o
4. La firma de una nueva designación que es sustancialmente diferente de esta designación.

La autoridad de mi sustituto de atención médica entra en vigencia cuando mi médico principal determina que no puedo tomar mis propias decisiones de atención médica a menos que ponga mis iniciales en una de las siguientes casillas o en ambas:

Si escribo mis iniciales en esta casilla [____], la autorización de mi sustituto de atención médica para recibir la información de mi salud entra en vigencia de inmediato.

Si escribo mis iniciales en esta casilla [____], la autorización de mi sustituto de atención médica para tomar decisiones de atención médica en mi nombre entra en vigencia de inmediato. De acuerdo con la sección 765.204(3) de los Estatutos de Florida, cualquier instrucción sobre las decisiones de atención médica que tome, ya sea verbalmente o por escrito, mientras posea capacidad, reemplazará cualquier indicación o decisión de atención médica tomada por mi sustituto que esté en conflicto material con las decisiones tomadas por mi persona.

Formulario de voluntad anticipada

Firme y feche el formulario aquí:

Nombre en letra imprenta:	Fecha de la firma:
Dirección:	
Firma:	

Firma de los testigos:

Primer testigo	Segundo testigo
Nombre en letra imprenta:	Nombre en letra imprenta:
Dirección:	Dirección:
Firma:	Firma:
Fecha:	Fecha:



Únase a nuestro Comité de cara a los miembros

LIBERTY quiere saber de usted. Una vez por trimestre, nos reunimos para analizar cómo nos va y cómo podemos mejorar. Este grupo está compuesto por miembros, el Director Dental de LIBERTY y otro personal de apoyo.

Estamos buscando miembros que se unan a nuestro Comité respectivo al Estado en el que reside actualmente.

<i>Estado</i>	<i>Nombre del Comité de cara a los miembros</i>
California	Comité de Política Pública de LIBERTY CA
Florida	Comité Asesor de inscritos de LIBERTY FL
Nevada	Comité Asesor de Miembros de LIBERTY NV

Usted será parte de:

- Sugerir maneras para mejorar los programas y servicios.
- Revisar informes sobre las métricas de calidad del Plan
- Ayudar a establecer políticas que lo afectan

Se le pagará por hora por cada reunión a la que asista. Envíe su información a continuación para tener la oportunidad de participar. Si es seleccionado, LIBERTY se pondrá en contacto con usted.

Nombre		Apellido	
Fecha de nacimiento		Número de teléfono durante el día	
Número de identificación de LIBERTY			
Dirección:			
Ciudad		Estado	Código Postal
¿Dónde trabaja?			
¿Cuál es su cargo?			
Seleccione su nivel de educación:			
<input type="checkbox"/> 8.º grado <input type="checkbox"/> Escuela secundaria <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Otro			